

Receta

Nombre del Doctor/a	Número de licencia médica
Dirección	
Número de teléfono	Correo electrónico
Información del Paciente	
Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección	
Número de teléfono	Correo electrónico
Información del Seguro	
Receta	
Medicación/es	
Posología/dosis	
Frecuencia y duración	
Instrucciones	
Notas adicionales	
Nombre y Firma del Doctor/a	Fecha